

Prise en charge des rectorragies en première ligne de soins

Pr P Gast
service de Gastro-Entérologie
CHU Liège

Définition

- Rectorragies:
 - passage de sang rouge \pm vif par l'anus
 - sources du saignement = lésions
 - en aval du Treitz
 - 85% siègent dans le colon-rectum ou l'anus
 - 15% siègent dans le grêle
 - gastro-duodénales en cas de saignement à haut débit:
pas de méléna mais rectorragies

incidence/population:

- hémorragie digestive basse = 20% des hémorragies digestives
- 20-30/100 000 Ha/an
- H>F
- âge moyen: 63-77 ans

Pronostic

- arrêt spontané: 80% des cas, mais récurrences fréquentes
 - HDB diverticulaire: 10% récurrence à 2 ans et 25% à 4 ans
- évolution péjorative dans 20% des cas: décès, décompensation d'une comorbidité, hospitalisation prolongée
 - mais moins que dans l'hémorragie haute
 - choc: 19% > < 35%
 - nécessité de transfusion: 36% > < 64%
 - anémie: 61% > < 84%
- mortalité:
 - toutes causes coliques confondues: 5% , liée aux comorbidités
 - augmente avec l'âge
 - jusqu'à 60% chez les sujets hospitalisés
- nécessité d'une chirurgie chez 10-15% des patients

2 présentations cliniques

HDB sévère

HDB non sévère

HDB sévère

- sévère = avec retentissement hémodynamique
 - malade tachycarde, hypotendu, choqué
 - pronostic vital engagé
- sévère \neq volume de sang émis

Rôle du généraliste

- appel du SMUR
- collecte et transmission de données décisives
 - d'autant plus que le sujet est âgé ou confus

Données décisives

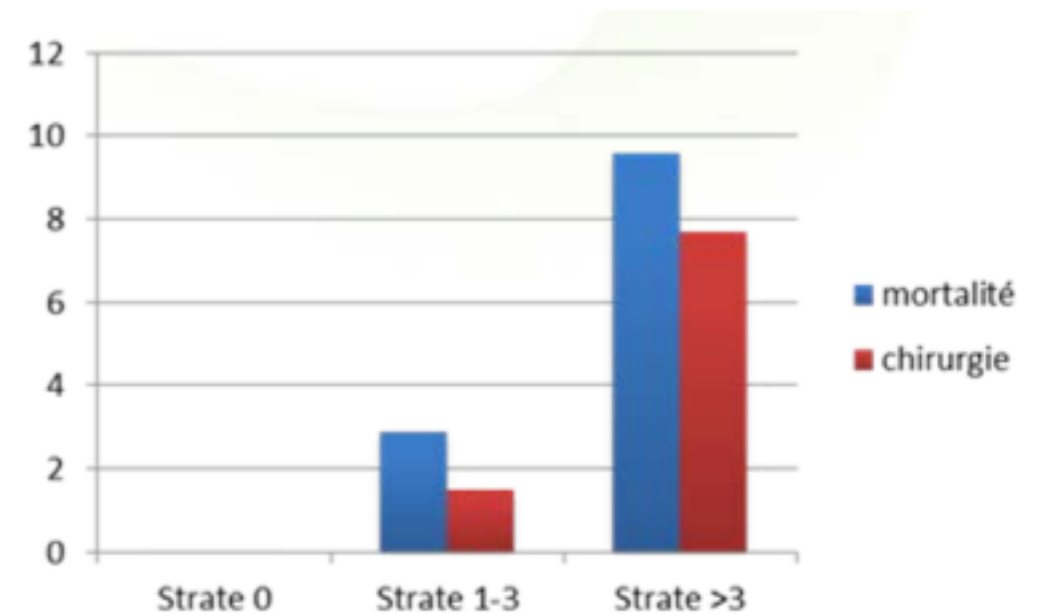
- persistance du saignement ?
 - rectorragies dans les 4h qui précèdent
 - noter l'heure de la dernière évacuation
 - influence l'agressivité de la prise en charge et des explorations
- préciser la couleur et l'aspect des 1^o évacuations, quand l'aspect change au fil des évacuations: méléna? rectorragies?

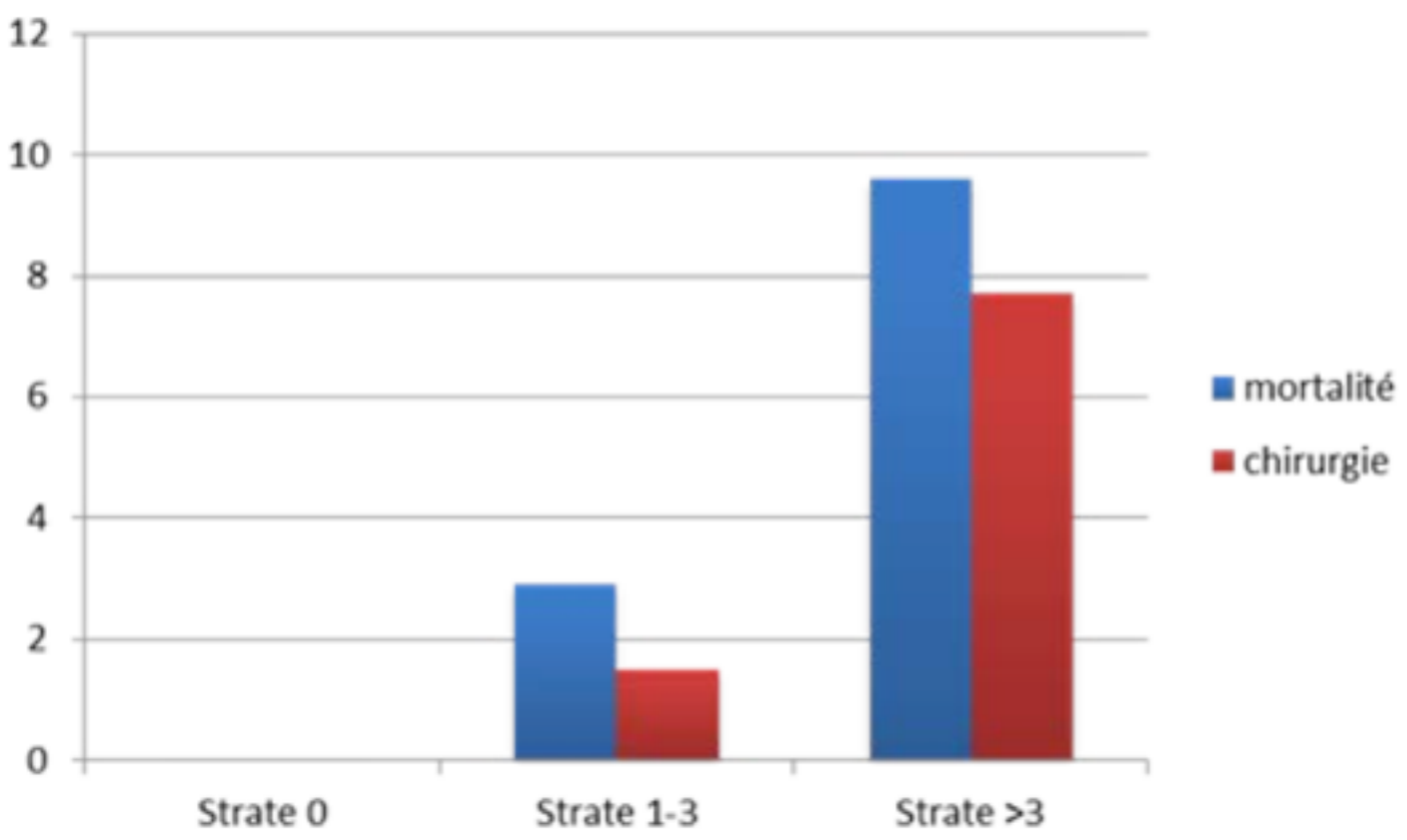
Données décisives

- Facteurs péjoratifs:
 - absence de douleur
 - comorbidités et leur traitement
 - prise d'anticoagulant ou agrégant

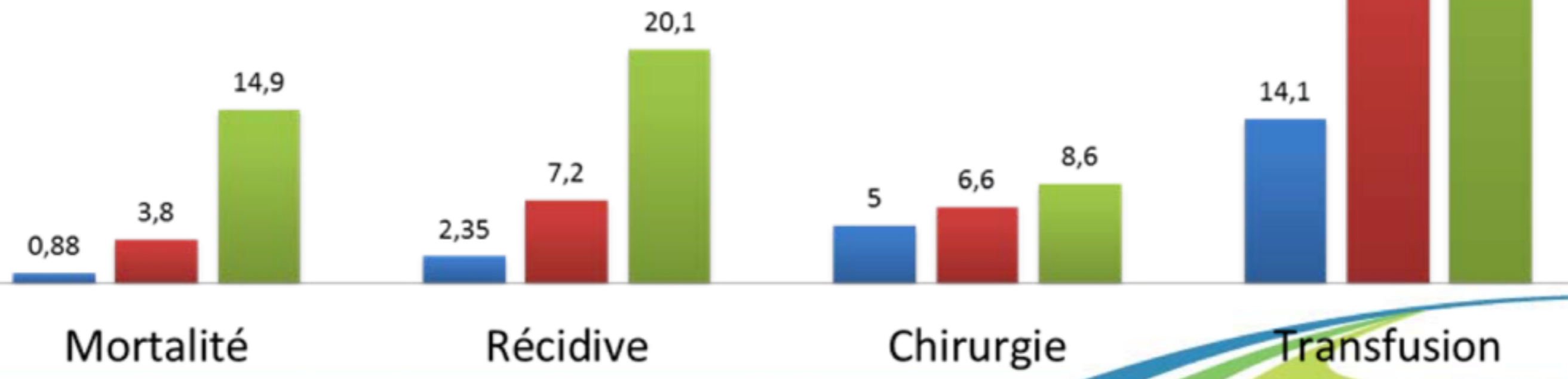
prédiction de la sévérité et tri des patients

- score de Strate L: 7 items
 - FC \geq 100/min
 - Pas \leq 115 mmHg
 - syncope
 - absence de douleur abdominale
 - rectorragies dans les 4 heures qui précèdent
 - prise d'aspirine
 - $>$ 2 comorbidités





Strate et al. AJG 2005



Données décisives

- Éléments d'orientation du diagnostic et des explorations
 - antécédent d'HDB, diverticulose ou angiodysplasies connues, radiothérapie pelvienne
 - chirurgie et prothèse aortique: fistule entéro-aortique?
 - polypectomie récente, préciser la localisation
 - geste endo-anal ou rectal: lavement, ligature, tendance au fécalome...
 - prise d'ains
 - cirrhose: varices grêles, coliques et rectales
 - MICI: MC colique

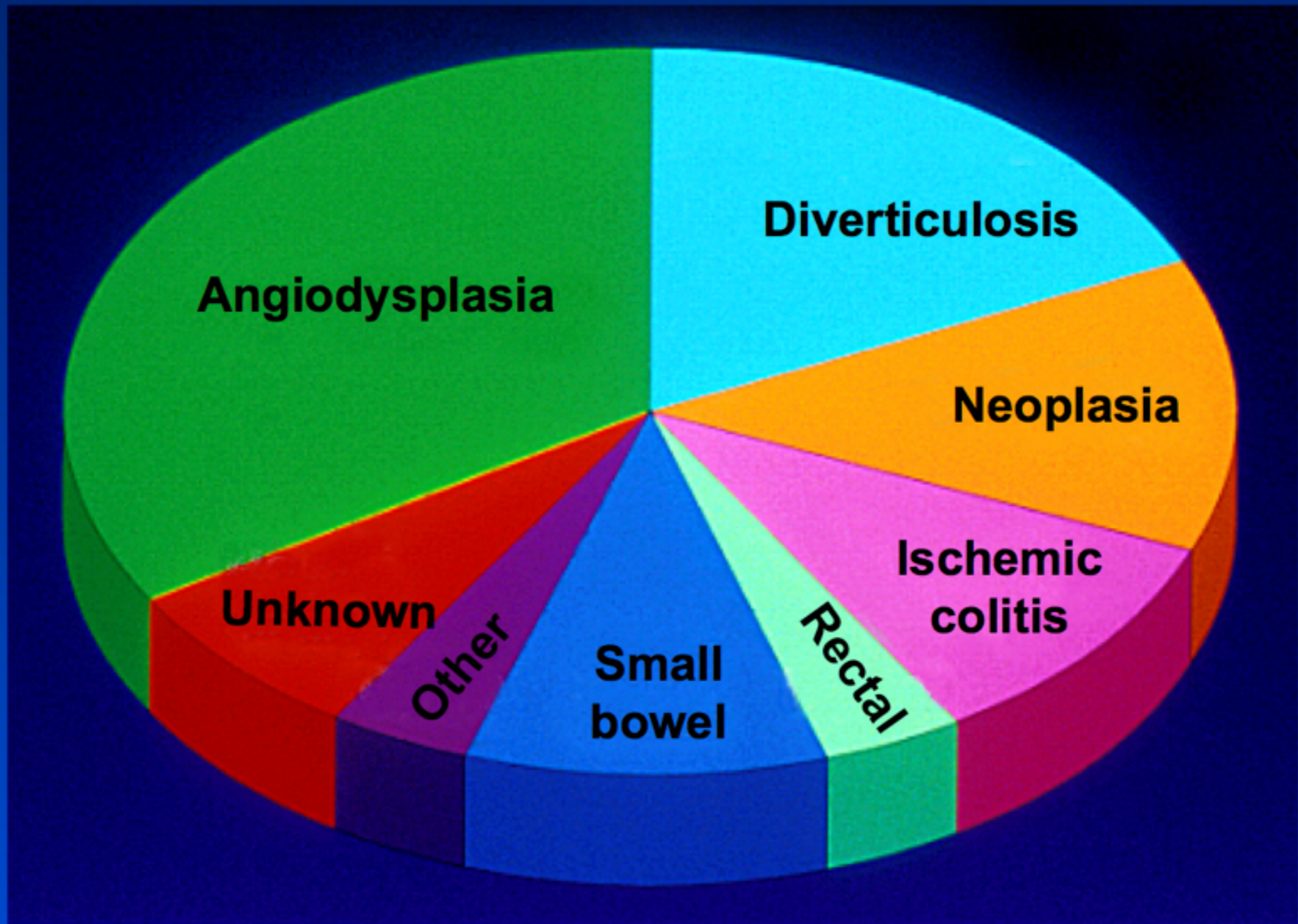
Hiérarchie d'exploration en cas d'HDB massive avec pronostic vital engagé

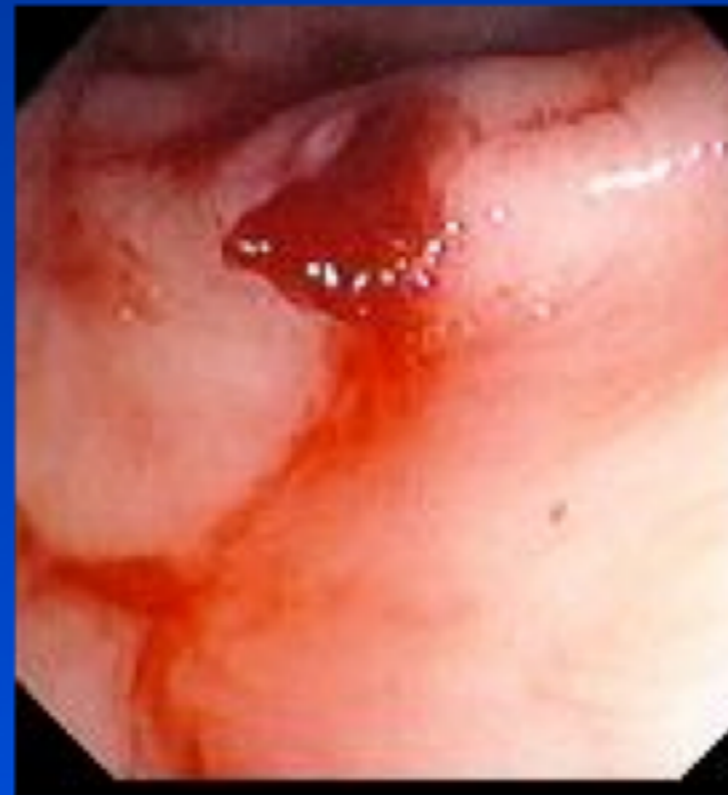
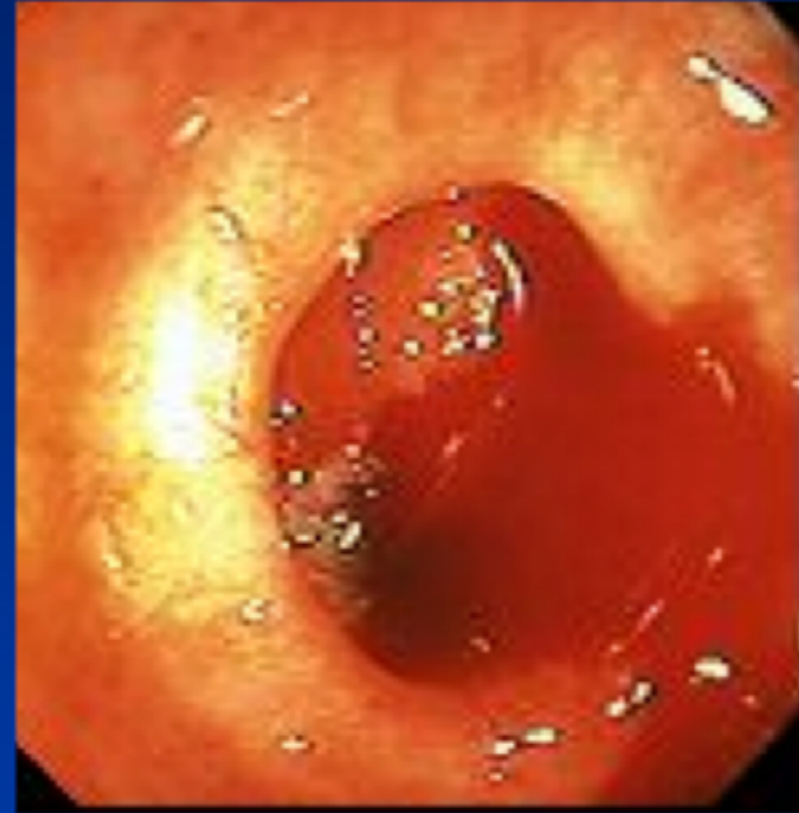
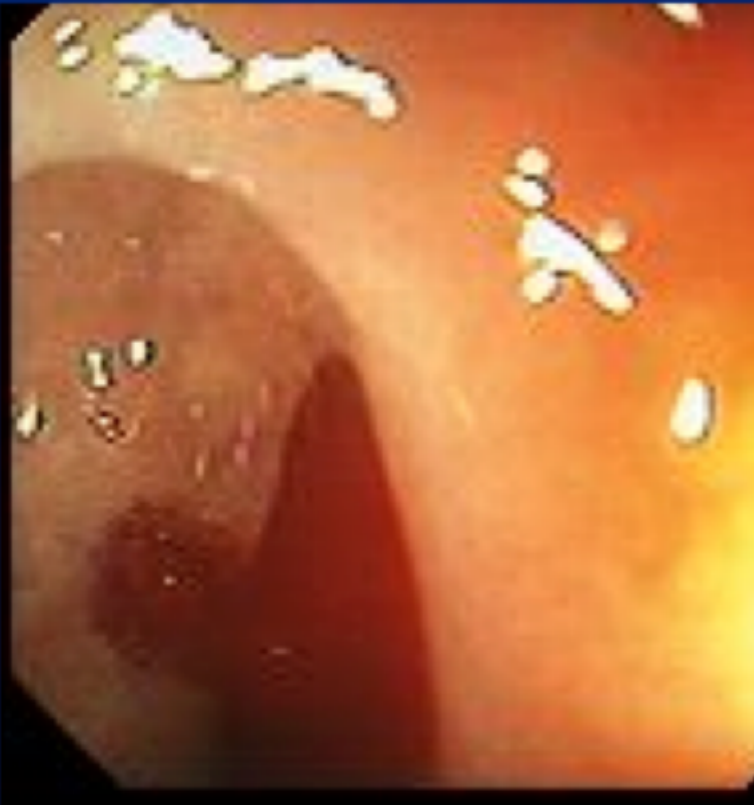
- Séquence sans élément prédictif:
 - 1 gastroscopie: origine haute dans 10-15% des cas
 - 2 examen proctologique et rectosigmoïdoscopie sans préparation
 - 3 coloscopie si possible après préparation, sinon lavages à la pompe, endéans 12-24h, diagnostique mais surtout en intention de traiter!
 - 3bis angioscan
- Choix sélectif en fonction d'élément prédictif pertinent

causes majoritaires

- hémorragies digestives basses massives:
 - dues dans 60-70% des cas à:
 - diverticules
 - angiodysplasies

ETIOLOGIE DES HDB MASSIVES

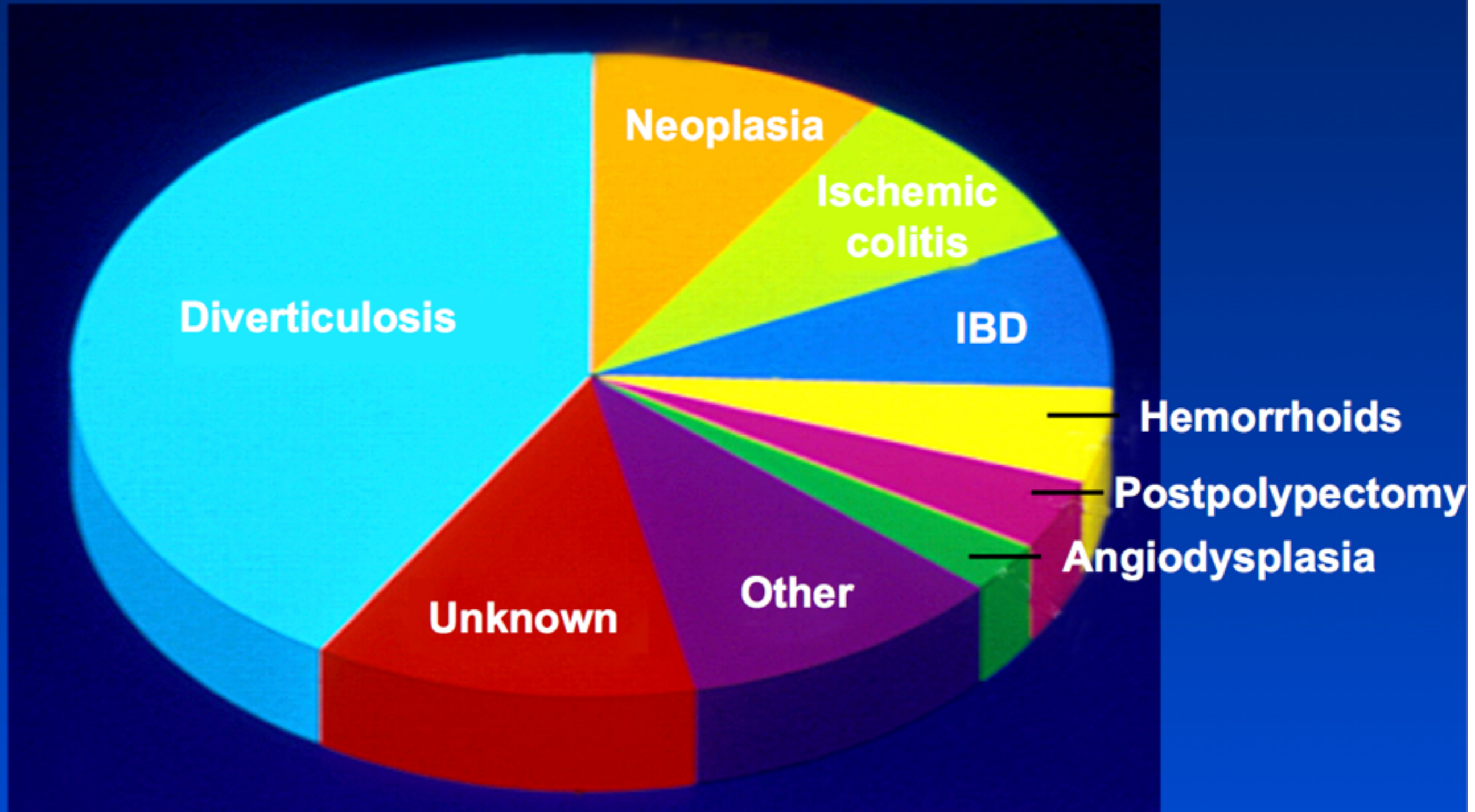




HDB non sévère

- HDB active persistante peu sévère
- HDB non persistante peu sévère
- HDB intermittente (anémie éventuelle)

ETIOLOGIE DES HDB tout venant



Orientation diagnostique et des explorations

- lien ou non avec la défécation
- item le plus signifiant

Orientation diagnostique

- Emission isolée de sang:
 - traumatismes ano-rectaux
 - diverticules
 - colite ischémique
 - artériopathie, FA, séquence pathognomonique: douleur brutale, diarrhée brutale, rectorragies
 - néoplasie, ! à tout changement récent de transit !
 - angiodysplasies
 - varices rectales
 - après polypectomie, délai jusqu'à 15 jours

Orientation diagnostique

- sang rouge
 - sur le linge: lésion de la marge anale ou prolabée au travers du canal anal
 - lors de l'exonération de selles normales: traumatisme, fissure, rectite
 - en stries linéaires autour d'une selle moulée: polype ou cancer distal, fissure
 - avec troubles aigus du transit: diarrhée ou émissions afécales: syndrome dysentérique
 - avec glaires: tumeur villose, ulcère solitaire du rectum
 - mêlé à de la diarrhée: MICI, colite inflammatoire, néoplasie
 - avec évacuations pathologiques: pus, glaires: diverticulite, rectosigmoïdite infectieuse

Diagnostic au cabinet

- Examen de la marge anale
 - hémorroïdes externes, prolapsus, tumeur
- TR
 - sang, douleur, tumeur
- Envoi pour un examen spécialisé: rectoscopie, coloscopie

HD Basses

	Lésions	Diagnostic
Anus	Hémorroïdes, fissures Tumeurs	Anuscopie
Rectum	Ulcérations Tumeurs Rectite	Rectoscopie
Colon	Tumeurs Angiodysplasies Diverticules Colites	Coloscopie +++ Artériographie
	RCH, Crohn Ischémique Infectieuse radique	
Grêle	Tumeurs, ulcères Angiomes Diverticule de Meckel	Transit baryté, Entéroscanner Entérocopie, Artériographie, Scintigraphie, Videocapsule

place de la coloscopie

- incontournable après 45 ans
- sujet jeune et origine proctologique douteuse
- en 2^o ligne en cas de récurrence chez un sujet jeune et après traitement bien conduit d'une affection proctologique

Conclusions

- rectorragies + instabilité hémodynamique = menace vitale
- émission dans les 4 heures qui précèdent = saignement persistant
- pronostic fonction des comorbidités et leur traitement
- une étiologie peut être suspectée en fonction des antécédents, des symptômes associés, du lien entre rectorragies et défécation

